

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1926-1927. — N° 24

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS
PROVOQUÉS
POUR RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN
PRATIQUÉS A LA MATERNITÉ DE LA CROIX-ROUSSE
(1920-1925)

THÈSE

PRÉSENTER

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston ROUZAUD

Né, le 16 Septembre 1902, à Sfax (Tunisie).

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon,

Élève de l'École du Service de Santé Militaire de Lyon.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1926

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS
PROVOQUÉS

POUR RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

PRATIQUÉS A LA MATERNITÉ DE LA CROIX-ROUSSE (1920-1925)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE,

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. BARD
Cliniques chirurgicales	{ X.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BÉRARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIC
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.	LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	ROCHET
Chimie biologique et médicale.	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.	ETIENNE MARTIN
Pharmacie.	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie.	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance.	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.).	SANTY.
TRILLAT	ROUBIER	DUNET.
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André).
FLORENCE (G.)	BONNET.	CHALIER (Joseph).
ROCHAIX	RHENTER.	NOEL.
	MAZEL.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, *Président* ; TRILLAT, *Assesseur* ;
MM. DUNET et CHALIER A., *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1926-1927. — N° 21

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS
PROVOQUÉS
POUR RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN
PRATIQUÉS A LA MATERNITÉ DE LA CROIX-ROUSSE
(1920-1925)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston ROUZAUD

Né, le 16 Septembre 1902, à Sfax (Tunisie).

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon,
Élève de l'École du Service de Santé Militaire de Lyon.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1926

BIBLIOTHEEK DE UNIVERSITEIT DE LEIDEN

20 12 1871

LIBRARY

1871

UNIVERSITY OF LEIDEN

1871

LIBRARY

UNIVERSITY OF LEIDEN



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

C'est à vous que je dois tout. Puissiez-vous trouver dans ces lignes le témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma plus vive affection.

A MA FIANCÉE

En toute affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMBRIN

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous ayons été longtemps dans son service, nous lui sommes redevable de notre éducation chirurgicale.

Hommage et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur de Pathologie interne de la Faculté de Toulouse.

Il a été notre premier maître en médecine.

Hommage et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur des Hôpitaux,
Chef du Service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il nous a réservé un accueil bienveillant dans son service. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et ne nous a pas ménagé ses précieux conseils. Qu'il veuille bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Professeur de Clinique obstétricale de la Faculté de Lyon.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique gynécologique à l'Hôpital de la Charité de Lyon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Il nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ce travail.
Respectueux hommage

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES

des Facultés et des Hôpitaux civils et militaires
de Lyon et de Toulouse.

A MES MAÎTRES

de l'École du Service de Santé Militaire. .

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS
PROVOQUÉS
POUR RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

AVANT-PROPOS

Nous n'entrerons pas dans l'historique détaillé de l'accouchement prématuré provoqué, depuis Ambroise Paré et Louise Bourgeois, ce qui sortirait du cadre de cette étude. S'il est vrai qu'il est toujours employé à interrompre une grossesse dans l'albuminurie grave, la mort habituelle du fœtus, les accidents gravido-cardiaques, son emploi dans le cas de viciations pelviennes a été combattu dans ces dernières années.

Dans le cas de telles lésions, il fut un temps où l'obstétrique de force était conseillée ; on demandait au forceps ou à la version l'extraction du fœtus ; en cas d'insuccès, le dernier mot restait à l'embryotomie céphalique. Puis, vint l'accouchement provoqué, avec ses débuts hésitants, qui eut dans la suite une vogue considérable. Mais, si les auteurs étaient d'accord sur l'époque à laquelle devait être

interrompue la grossesse et sur les déformations pelviennes qui motivaient cette interruption, ils ne l'étaient plus quant aux moyens à employer. Il y avait les partisans de la bougie de Krause, que d'autres accusaient de perforer trop facilement les membranes, et de donner une mise en travail trop lente. Des accoucheurs employaient le ballon de Champetier de Ribes, d'autres le remplaçaient par le ballon de Tarnier. A l'un, on reprochait d'agir brutalement et de gêner la présentation ; l'autre ne restait pas en place un temps suffisant.

Depuis les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, l'obstétrique opératoire fut substituée à l'accouchement prématuré provoqué, qui fut accusé d'être un procédé insuffisant et inférieur.

Sans vouloir ouvrir un débat entre les opérations sanglantes et la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis, sans rechercher le meilleur mode opératoire et l'instrumentation, et sans imposer telle thérapeutique à l'exclusion de tout autre, nous voudrions essayer de montrer par l'étude statistique du Service de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, des années 1920 à 1925, que l'accouchement artificiel, dans les bassins rétrécis, ne mérite pas la défaveur dans laquelle il est tombé dans certains centres obstétricaux.

Déjà, en 1912, Bögger-Jöggensen (Sur l'accouchement prématuré provoqué, *l'Obstétrique*, février 1912) publiait les statistiques de la clinique de Lund où l'on conserve ses indications à l'accouchement provoqué en les limitant aux multipares dont

le bassin présente au minimum 8 cm. 5 de promontopubien minimum ; sur 6.400 accouchements et 100 viciations pelviennes, 29 accouchements provoqués furent pratiqués avec une mortalité maternelle nulle, une morbidité de 3,5 % et une mortalité infantile de 10 %.

En 1913, Van Cauwenbergue, de Gand (Utilité de l'accouchement prématuré artificiel, *Revue mensuelle d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, décembre 1913), se déclare, malgré les progrès de la césarienne, partisan de l'accouchement provoqué, à condition de ne pas le pratiquer avant la trente-quatrième semaine.

Plus récemment, en 1919, si, en Amérique, Hull (*American Journal of Obstetrics*, mars 1919) considère l'accouchement provoqué comme une mauvaise méthode, Schumann (*American Journal of Obstetrics*, janvier 1919) et Collin-Foukrod (*American Journal of Obstetrics*, avril 1919) lui conservent des indications sous certaines réserves.

En 1920, en France, à la Société d'Obstétrique de Bordeaux, Anderodias (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 18 mai 1920), puis Balard et Marc Rivière (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, 18 mai 1920), précisent les indications de la méthode qu'ils estiment ne pas devoir être abandonnée et, dans sa thèse intitulée : *les Progrès de la césarienne conservatrice doivent-ils faire disparaître l'accouchement provoqué de la thérapeutique des bassins viciés ?* Marc Rivière (Thèse de Bordeaux 1920) réunit en sa faveur arguments

théoriques et statistiques pour conclure à sa réhabilitation, sous réserve d'indications dûment posées.

A Lyon, de Lagenest (Thèse de Lyon, 1920), dans sa thèse inspirée et documentée par Commandeur, rapporte vers la même époque la statistique des accouchements provoqués pratiqués à la Maternité de la Charité de 1903 à 1920 : « Pour 92 accouchements provoqués, la mortalité maternelle resta nulle, la morbidité infime et la mortalité infantile globale fut de 23,8 % ».

A Lyon, enfin, M. le professeur J. Rhenter (Sur le traitement des dystocies pelviennes et en particulier sur les accouchements prématurés provoqués à la clinique obstétricale de la Faculté de Lyon de 1904 à 1920, *Revue de Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1922) : « Sur 169 accouchements provoqués, la mortalité maternelle fut de 1,16 %, la morbidité fut de 11 %, la mortalité infantile fut de 17,8 % ».

.

Au début de ce travail, je dois rendre hommage à M. le professeur TRILLAT, qui nous a reçu dans son service, et qui nous a donné de nombreuses observations, contribuant ainsi pour une grosse part à l'illustration de notre thèse.

Qu'il veuille bien accepter, ici, notre vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Les observations de bassins viciés furent de tous temps nombreuses dans les maternités lyonnaises et nombreux, par conséquent, les cas, qui posent en face de semblables lésions, le problème de leur thérapeutique.

Il a été pratiqué en six ans, à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, 128 accouchements prématurés provoqués, tirant leurs indications de viciations pelviennes. Nous avons dans ce travail étudié les caractéristiques de ces accouchements : indication, technique, marche de l'accouchement, résultats pour la mère, résultats pour l'enfant. Nous avons tout particulièrement attiré l'attention sur deux observations qui ont trait à deux parturientes qui, lors de grossesses successives, ont subi d'abord une opération césarienne et dans la suite ont accouché prématurément par les voies naturelles sans suites graves, immédiates ou tardives. Nous dirons, pour ne plus y revenir dans ce travail, qu'au cours de nos recherches, nous n'avons pas relevé d'observations de primipares âgées, ayant dépassé quarante ans, chez qui un accouchement

prématuré aurait pu être provoqué. D'après les renseignements recueillis auprès de M. le Dr Gonnet, il résulte que, dans ces cas, la césarienne est plutôt indiquée, d'abord, parce que ces parturientes ne peuvent avoir qu'un nombre limité de grossesses, une ou deux, et que la césarienne fait courir moins de risques à l'enfant.

A la fin de ce travail, nous tirerons nos conclusions et montrerons quelle place, à notre humble avis, doit occuper, dans la thérapeutique des viciations pelviennes, l'accouchement prématuré provoqué, qui nous semble être très critiqué actuellement.

I. — INDICATIONS

Les accouchements, au nombre de 128, ont été pratiqués chez 118 femmes, parmi lesquelles 10 ont subi dans le service des opérations itératives. Les multipares ont été au nombre de 46, les primipares au nombre de 82. Nous verrons dans la suite comment se sont passés les accouchements à ce point de vue spécial de la primiparité et de la multiparité. Deux observations de notre statistique ont trait à des grossesses ayant dépassé le terme avec gros fœtus permettant de craindre une dystocie par grosseur exagérée de l'enfant. 128 accouchements ont été pratiqués pour des bassins viciés s'élevant au nombre de 118. Deux d'entre eux ont été provoqués dans le cas de grossesse prolongée où le bassin n'ayant pas été mesuré, nous admettons qu'il y avait absence d'engagement de la tête par suite d'une légère viciation pelvienne.

1^o FORME DU BASSIN. — La forme et les dimensions du bassin ont été fournies par la pelvimétrie interne. La femme couchée a le siège surélevé et les jambes moyennement fléchies. On procède à

une asepsie très soigneuse des mains. Il faut introduire l'index et le médius dans le vagin, les deux doigts sont nécessaires. La vulve est entr'ouverte au moyen de deux doigts de la main gauche et l'index et le médius de la main droite vont très haut en arrière à la recherche du promontoire. Pour le percevoir, il est nécessaire que le coude repose sur le plan du lit et que la pulpe des doigts se dirige vers le détroit supérieur. Dans les bassins rétrécis, le promontoire est plus ou moins facilement accessible. Le promontoire est, le plus souvent, sur la ligne médiane, il est caractérisé par une saillie transversale contre laquelle bute la pulpe du doigt. On distingue le promontoire vrai des faux promontoires lombaires et sacrés en explorant les régions latérales. Quand le promontoire est repéré avec certitude on cherche à mesurer le diamètre promonto-sous-pubien. La pulpe du médius étant appliquée contre le promontoire, le bord radial de l'index est placé sous la symphyse, contre laquelle il prend un point d'appui. Avec l'index de l'autre main, on repère le point où le bord inférieur de la symphyse rencontre le bord radial de la main vaginale. La main vaginale est retirée, l'index restant en place et un aide mesure la distance qui sépare l'extrémité du médius du point repéré par l'index. On a ainsi les dimensions du diamètre promonto-sous-pubien. Le diamètre promonto-sous-pubien permet d'évaluer le diamètre promonto-pubien minimum en tenant compte de la hauteur de la symphyse, de l'inclinaison de la symphyse et de l'élévation du promontoire. Chez la

plupart de nos parturientes, l'évaluation du rayon de courbure de l'arc antérieur a été faite, la mensuration du diamètre antéro-postérieur n'étant pas suffisante pour permettre de conclure à la forme du rétrécissement.

La radiographie est une auxiliaire utile pour le contrôle de la forme et des dimensions du bassin, mais, dans notre statistique, nous n'avons pas relevé que ce contrôle ait été fait.

Les 118 bassins de notre statistique se répartissent en :

6 bassins aplatis, soit 5 % ;

54 bassins généralement rétrécis, soit 44 %.

45 bassins aplatis et généralement rétrécis, 38 % ;

5 bassins transversalement rétrécis, 4,5 % ;

1 bassin cyphotique ;

2 bassins coxalgiques ;

1 bassin scoliotique ;

2 bassins asymétriques dont un oblique ovulaire ;

2 bassins dont les mensurations n'ont pas été faites ou plutôt n'ont pas été relevées.

2^o DIMENSION DU DIAMÈTRE PROMONTO-PUBIEN.

— Au point de vue des dimensions du diamètre promonto-pubien minimum, les indications furent posées dans les conditions suivantes :

Chez 10 malades dont le promonto-pubien minimum était supérieur à 10 centimètres.

Chez 41 malades dont le promonto-pubien minimum était compris entre 9,1 et 10 centimètres.

Chez 33 malades dont le promonto-pubien minimum était compris entre 8,1 et 9 centimètres.

Chez 5 malades dont le promonto-pubien minimum était de 8 centimètres environ.

Pour 29 bassins, les mensurations étaient incomplètes.

3^o DATE DE LA MISE EN TRAVAIL. — Nous nous sommes basés, pour établir cette date, sur le chiffre en centimètres du promonto-pubien minimum. En règle générale, on devrait provoquer l'accouchement au mois qui correspond au chiffre en centimètres du promonto-pubien minimum ; c'est-à-dire que pour un P. P. M. de 9 centimètres, il faut laisser aller à terme. Mais nous croyons qu'il faut avancer sur cette date, et, dans les bassins « aplatis et généralement rétrécis », et dans les bassins « généralement rétrécis », la devancer de quinze jours environ. Dans les bassins aplatis purs, il faut maintenir la règle générale précédente. Donc pour un bassin « aplati et généralement rétréci » ou un bassin « généralement rétréci de 9 centimètres », il faut provoquer l'accouchement vers huit mois et demi. D'ailleurs, cette règle générale a un correctif dans le palper fréquent de la tête au détroit supérieur, pendant les derniers mois de la grossesse. Faire l'accouchement plus tôt que plus tard, cela vaut mieux.

Dans le bassin cyphotique, il faut se baser sur le « biischiatique », ce n'est qu'au-dessus de 7 centimètres pour le biischiatique, que l'accouchement prématuré est indiqué.

En outre, nous nous sommes basés, pour fixer la date de la mise en travail, sur le procédé d'approximation classique, reposant sur la date des dernières règles. Nous avons recueilli les données suivantes :

Avant 7 mois,	0
à 7 mois $1/2$,	1 cas, soit 0,7 %.
à 7 mois $3/4$,	1 cas, soit 0,7 %.
à 8 mois,	13 cas, soit 10,1 %.
à 8 mois $1/4$,	26 cas, soit 20,2 %.
à 8 mois $1/2$,	34 cas, soit 26,5 %.
à 8 mois $3/4$,	25 cas, soit 19,5 %.
à Terme	24 cas, soit 18,7 %.
à Terme dépassé,	4 cas, soit 3,1 %.

II. — TECHNIQUE ET MARCHÉ DE L'ACCOUCHEMENT

A. — Provocation du travail.

On a utilisé pour provoquer le travail, soit le petit ballon de Champetier de Ribes, soit la bougie de Krause. Nous n'avons pas relevé d'accouchements provoqués uniquement à l'aide de produits médicamenteux. Dans certains cas, cependant, la quinine a été employée comme adjuvant utile dans les accouchements provoqués à l'aide de la bougie.

Comme on pourra le voir par le tableau ci-dessous, les préférences furent au début pour le ballon, mais, à l'usage, l'emploi de la bougie de Krause sembla d'une technique plus simple, d'une stérilisation plus facile à réaliser. Aussi, en dernier temps, avait-on à peu près complètement abandonné le ballon. Les deux procédés furent appliqués successivement dans certains cas, l'un venant compléter l'action de l'autre.

	Ballon		Bougie	
1920 . . .	3	37	7	94
1921 . . .	14		3	
1922 . . .	16		12	
1923 . . .	3		28	
1924 . . .	1		26	
1925 . . .	0		18	

En 1921, ballon plus bougie chez une même parturiente.

En 1922, ballon plus bougie chez une même parturiente.

En 1924, ballon plus bougie chez une même parturiente.

1^o BOUGIE DE KRAUSE. — 94 accouchements furent réalisés par l'application de la bougie de Krause. Chez 83 parturientes une application unique de la bougie fut suffisante pour déclancher le travail.

a) Chez 1 parturiente, 3 bougies consécutives furent nécessaires.

Obs. 1. — La 1^{re} bougie fut expulsée le lendemain de son introduction, La 2^e fut extraite le 2^e jour de son application et la 3^e fut extraite en plein travail le 4^e jour après introduction de la 1^{re}. Durée de l'accouchement, 4 jours, Enfant vivant.

b) Dans 7 cas, 2 bougies furent employées successivement. Ces 7 parturientes chez qui deux interventions successives furent nécessaires sont des primipares.

Obs. 2. — 2^e bougie placée 3^e jour provoqua une rupture des membranes et le déclanchement des douleurs. L'accou-

chement n'eut lieu que le 7^e jour après un forceps au haut de l'excavation.

Obs. 63. — 2^e bougie 48 heures après la 1^{re}. L'accouchement se termine spontanément au bout de 64 heures.

Obs. 66. — 2 bougies. Durée de l'accouchement, 4 jours. Hémorragie de la délivrance par rétention d'un cotylédon placentaire.

Obs. 75. — 2 bougies à 48 heures d'intervalle. Extraction de la 2^e bougie 4 heures après son application. Durée de l'accouchement, 60 heures.

Obs. 108. — 2 bougies. Douleurs 3 heures après la 2^e bougie. Durée de l'accouchement, 36 heures.

Obs. 124. — 2 applications de bougie. Inertie utérine. Souffrance de l'enfant qui nécessita une application de forceps. Durée de l'accouchement, 45 heures.

c) Dans 1 cas, chez une multipare, 2 bougies et 1 ballon furent nécessaires successivement.

Obs. 45. — 2 bougies sans succès à 48 heures d'intervalle. On compléta par une application de ballon. Le travail se déclancha dans les 24 heures. Depuis l'application de la 1^{re} bougie, 4 jours.

d) Dans 2 cas, 1 bougie et 1 ballon furent employés successivement.

Obs. 13. — Primipare. Expulsion de la bougie 12 heures après l'introduction. Arrêt des douleurs 6 heures après expulsion. Introduction du ballon. Durée de l'accouchement, 36 heures.

Obs. 104. — Bougie, 29 heures. Ballon, 5 heures. Durée de l'accouchement, 53 heures.

Les 94 applications de bougie ne provoquèrent que dans 7 cas la rupture des membranes. Dans 4 cas, il y eut une hémorragie légère. Dans 1 cas, la température monta à 38°5 après l'application de la bougie. Dans 1 cas il y eut un décollement du placenta et mort de la mère le quinzième jour. Parmi les 7 cas de rupture des membranes, il n'y a pas eu de complications infectieuses graves. Dans 2 cas, la température atteint une fois 38°5, le surlendemain de l'accouchement.

2° BALLON. — Dans 37 cas, le ballon fut l'instrument employé pour provoquer l'accouchement.

Dans 1 cas, il y eut une hémorragie au moment de l'introduction du ballon. Placenta prævia (obs. 22).

Dans 1 cas, il y eut une fracture du pariétal occasionnée par la filière pelvienne et mort du fœtus (obs. 79).

Dans l'ensemble, le travail fut plus long qu'avec la bougie et aussi plus irrégulier.

B. — Durée de l'accouchement.

Par durée de l'accouchement, nous entendons tout le temps écoulé depuis la mise en place de l'agent provocateur, jusqu'à l'expulsion de l'enfant.

Pour 14 accouchements, nous n'avons pas eu des données suffisantes pour nous permettre de les faire entrer dans notre statistique de durée de l'accouchement prématuré provoqué. Il nous reste donc à étudier la durée de l'accouchement dans 114 cas.

Notre étude porte séparément sur les primipares, au nombre de 68, et sur les multipares, au nombre de 46. Notons en passant que, dans les cas où nous avons pu établir une division entre la durée de la mise en train et la durée du travail, la durée de la mise en train nous a paru très variable. Chez l'une, le simple décollement du pôle inférieur de l'œuf, au moment de l'introduction de la bougie, a provoqué la mise en train ; chez d'autres, le déclanchement ne s'est produit qu'au quatrième ou cinquième jour.

Pour 68 primipares, nous avons :

Une durée totale inférieure à 12 heures chez 3 parturientes, soit 4,5 %.

Une durée totale comprise entre 12 et 24 heures dans 18 cas, soit 20,6 %.

Une durée totale comprise entre 24 et 36 heures dans 12 cas, soit 17,6 %.

Une durée totale comprise entre 36 et 48 heures dans 12 cas, soit 18,2 %.

Une durée totale comprise entre 48 et 72 heures dans 18 cas, soit 20,6 %.

Une durée totale supérieure à 72 heures dans 5 cas, soit 6 %.

Chiffres extrêmes de 7 jours et de 9 heures.

Pour 46 multipares, nous avons :

Une durée totale inférieure à 12 heures dans 7 cas, soit 15 %.

Une durée totale comprise entre 12 et 24 heures dans 20 cas, soit 43,5 %.

Une durée totale comprise entre 24 et 36 heures dans 6 cas, soit 13 %.

Une durée totale comprise entre 36 et 48 heures dans 4 cas, soit 8,7 %.

Une durée totale comprise entre 48 et 72 heures dans 4 cas, soit 8,7 %.

Une durée totale supérieure à 72 heures dans 5 cas, soit 10,8 %.

Chiffres extrêmes de 5 jours et de 5 heures.

L'accouchement fut beaucoup plus rapide chez les multipares comme on pouvait le prévoir.

58 % multipares accouchèrent en moins de 24 heures.

81 % multipares accouchèrent en moins de 48 heures.

30 % primipares* accouchèrent en moins de 24 heures.

66 % primipares accouchèrent en moins de 48 heures.

C. — Terminaisons et interventions.

Au cours de ces 128 accouchements, nous avons pu noter au point de vue de la présentation :

1^o 118 présentations du sommet, soit 91,5 % parmi ces présentations, nous avons relevé :

46 enfants en O I G A, soit 35,7 %.

47 enfants en O I D P, soit 36,8 %.

14 enfants en O I G T, soit 10,8 %.

11 positions diverses, soit 8,5 %.

2^o 1 présentation de la face en M I D A, soit 0,7 %. L'accouchement fut laborieux, inertie utérine au moment de l'expulsion, on fit de la quinine. Expulsion rapide ; pas de déchirure du périnée.

3^o 1 présentation de l'épaule, soit 0,7 %. Nous reviendrons sur cette observation à propos des interventions. L'accouchement fut terminé par une version par manœuvres internes.

4^o 9 présentations du siège, soit 6,8 %. Parmi celles-là, nous avons à noter une grossesse gémellaire chez qui les deux enfants se présentaient par le siège.

De tous les accouchements qui furent provoqués à la Maternité de la Croix-Rousse, 110 se terminèrent spontanément, soit 85,2 %. Les uns furent laborieux, les autres furent longs, mais aucun ne réclama une intervention quelconque.

Dans 18 cas, il fallut recourir à une intervention.

1^o 11 *applications de forceps*, soit 8,5 %.

Obs. 2. — Forceps avec lacs au haut de l'excavation pour inertie ; assez laborieux. Enfant vivant.

Obs. 24. — Forceps dans l'excavation assez laborieux. Travail long. Enfant vivant.

Obs. 28. — Forceps au détroit supérieur, avec lacs pour arrêt du travail. Enfant vivant mis en couveuse.

Obs. 29. — Forceps dans excavation pour procidence du cordon. Enfant mort.

Obs. 30. — Forceps dans l'excavation pour inertie utérine. Enfant vivant.

Obs. 34. — Forceps au détroit supérieur. Enfant vivant.

Obs. 35. — Forceps dans l'excavation pour arrêt du travail. Mort apparente de l'enfant.

Obs. 37. — Forceps dans l'excavation, travail lent, périnée résistant. Enfant vivant.

Obs. 45. — Forceps dans l'excavation pour souffrance de l'enfant.

Obs. 53. — Forceps à la vulve, souffrance de l'enfant. Enfant mort, brièvement du cordon.

Obs. 124. — Inertie utérine, souffrance de l'enfant. Forceps au détroit supérieur, déchirure du col. Enfant vivant.

Les 11 applications de forceps se répartissent ainsi :

3 applications au détroit supérieur chez des primipares ;

7 applications dans l'excavation chez 6 primipares et chez 1 multipare ;

1 application de forceps à la vulve chez une primipare.

2^o 1 *version podalique* :

Obs. 42. — Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes pratiquée à dilatation presque complète. Enfant étonné à la naissance, ranimé en 10 minutes. Enfant bien portant.

3^o 1 *basiotripsie* ;

Obs. 65. — Pendant 13 heures, aucun progrès d'engagement et de dilatation. Utérus tétanisé, zone du segment inférieur très amincie se moulant sur les épaules au-dessus de la symphyse. De chaque côté de l'utérus on perçoit l'intestin faisant des circonvolutions à chaque contraction.

2 centigrammes de morphine et 4 grammes de chloral. Intervention pour état général de la malade. 3 heures d'anesthésie. Après délivrance artificielle, on perçoit une déchirure du Douglas. Injection iodée. La malade reste 1 mois à l'hôpital et sort guérie.

4^o 1 *césarienne secondaire*, avec mort consécutive de la mère (obs. 50). Il semble donc que la césarienne haute doit être abandonnée comme complément de l'accouchement prématuré provoqué.

5^o 4 *grandes extractions du siège* ;

Obs. 21. — Arrêt du travail. Rupture artificielle des membranes. Descente artificielle d'un pied dans le vagin. Grande extraction à dilatation complète. Enfant vivant.

Obs. 22. — Mort du fœtus *in utero* par procubitus du cordon dans la poche des eaux. Hémorragie. Placenta prævia. Abaissement prophylactique du pied. Extraction du siège à dilatation complète. Enfant mort.

Obs. 33. — Modification des bruits du cœur. A dilatation large, grande extraction. Extraction du tronc difficile à cause de la brièveté du cordon. Enfant vivant.

Obs. 43. — Gémellaire. Deux enfants en présentation du siège. 1 enfant mort, 1 enfant vivant.

En général, il n'y eut pas d'hémorragie de la délivrance. Dans un cas nous notons une rétention des membranes avec hémorragie traitée immédiatement par un curage et ayant eu des conséquences excellentes.

Dans trois cas, on put observer une hémorragie de la délivrance qui fut vite jugulée par une injection d'ergotine ou de rétropituitrine avec suites bonnes.

Remarquons en passant que la présentation du siège est une mauvaise condition pour provoquer l'accouchement prématuré mais n'est pas une contre-indication absolue. Evidemment, au moment où l'on doit placer la bougie, la constatation d'une épaule irréductible ou d'un procubitus du cordon sous la poche des eaux, contre-indique toute manœuvre vaginale.

III. — RÉSULTATS POUR LES MÈRES

L'accouchement prématuré a été provoqué chez 118 femmes, qui ont subi 128 accouchements.

Nous envisagerons deux points de vue :

1^o Les résultats au point de vue des suites de couches ;

2^o Les résultats par rapport aux accouchements antérieurs.

A la fin de ce dernier paragraphe, nous reviendrons en insistant un peu, sur deux observations d'accouchements prématurés provoqués, pratiqués chez deux multipares, qui avaient, lors d'un précédent accouchement, subi une opération césarienne.

A. — Suites immédiates.

La mortalité se chiffre avec 2 cas sur 128 accouchements, soit une mortalité maternelle de 1,6 %.

PREMIÈRE PARTURIENTE EN 1922.

V... M..., trente-sept ans, primipare.

Bassin aplati et généralement rétréci de 8 centimètres environ, le promonto-pubien minimum.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois à l'aide du

ballon. Aucun progrès réel après 48 heures, malgré la rupture artificielle de la poche des eaux. La tête déborde encore la symphyse, le front est perceptible à gauche. La tête semble grosse et un peu défléchie. Césarienne le 3^e jour après introduction du ballon. 4^e jour, température à 40 degrés, hoquet, la malade émet des matières et des gaz. On fait une injection de sérum, d'huile camphrée, d'urotropine (1 gramme intraveineux). Le 9^e jour, hématome suppuré de la paroi et mort. Enfant vivant d'un poids de 2.770 grammes, né étonné, ranimé par les manœuvres habituelles (*obs.* 50).

DEUXIÈME PARTURIENTE EN 1924.

Ch... V..., trente-huit ans, primipare.

Bassin aplati et généralement rétréci de 9 centimètres, le promonto-pubien minimum. P. S. P., 10 cm. 5.

Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 à l'aide de la bougie de Krause. Décollement partiel du placenta en introduisant une bougie, légère hémorragie, extraction immédiate de la bougie, suivie d'un accouchement spontané 22 heures après.

On a fait prendre 2 grammes de quinine pendant le travail.

Rupture spontanée des membranes le 22 mai, 6 heures avant l'accouchement.

Enfant de 2.850 grammes, vivant.

28 mai, frisson.

30 mai, température 40 degrés. On fait un abcès de fixation qui ne prend pas. On fait une hémoculture qui donne des résultats négatifs.

9 juin, mort (*obs.* 96).

La morbidité maternelle se chiffre à 16 % avec 21 cas sur 128 accouchements. La morbidité est calculée en faisant entrer dans notre statistique toute malade ayant présenté une fois 38°5 ou trois fois 38°1 pendant les suites de couches.

Obs. 8. — Rupture prématurée des membranes 8 jours avant l'accouchement.

Obs. 10. — Mise en place de la bougie.

Obs. 14. — Mise en place de la bougie.

Obs. 17. — Rupture prématurée spontanée des membranes.

Obs. 22. — Grande extraction.

Obs. 27. — Mise en place de la bougie.

Obs. 29. — Forceps dans l'excavation.

Obs. 30. — Forceps dans l'excavation. Déchirure du périnée.

Obs. 31. — Déchirure du périnée.

Obs. 34. — Forceps au détroit supérieur.

Obs. 35. — Forceps dans l'excavation.

Obs. 43. — Grande extraction.

Obs. 52. — Mise en place de la bougie.

Obs. 55. — Mise en place de la bougie.

Obs. 72. — Mise en place de la bougie.

Obs. 65. — Basiotripsie.

Obs. 73. — Mise en place de la bougie.

Obs. 74. — Infection amniotique.

Obs. 113. — Mise en place de la bougie.

Obs. 115. — Mise en place de la bougie.

Obs. 124. — Mise en place de 2 bougies.

Ainsi, dans 10 cas, il n'y a pas eu d'autres interventions que la mise en place de la bougie.

Dans 5 cas, il y a eu une application de forceps.

Dans 2 cas, une grande extraction suivie d'une délivrance artificielle.

Dans 3 cas, il y a eu rupture prématurée des membranes.

Sur ces 21 cas de morbidité, il n'y a eu que 6 cas qui se rapportent à des formes caractérisées d'infection. La morbidité expurgée se ramenant ainsi à 4,5 %.

Il y a eu 3 formes graves :

1 forme avec infection puerpérale endométritique à entérocoque.

1 forme avec infection amniotique.

1 forme avec phlébite gauche qui dura une quinzaine de jours.

Notons 3 formes moyennes :

1 forme avec arthrite de la hanche gauche non suppurée.

1 forme avec une affection pulmonaire.

Chez une autre se développa un abcès du sein.

B. — Résultats par rapport aux accouchements antérieurs.

1^o Parmi les 128 accouchements prématurés provoqués, 46 ont été réalisés chez des multipares ayant eu un ou plusieurs accouchements antérieurs. Notons en passant la fréquence des grossesses successives chez certaines femmes ayant un rétrécissement du bassin. Nous reviendrons tout à l'heure sur une femme qui en 1921 avait eu déjà 7 grossesses. Nous laisserons de côté deux observations d'accouchement prématuré provoqué chez deux femmes ayant subi antérieurement l'opération césarienne. Nous y reviendrons par la suite.

Les 44 multipares chez qui furent pratiqués des accouchements prématurés avaient eu des accouchements antérieurs qui peuvent se grouper ainsi, n'ayant pu avoir des renseignements complets pour tous les accouchements (43 accouchements) :

1^o 13 cas d'accouchements spontanés.

Parmi ceux-là :

6 cas d'accouchements ayant eu une durée de 48 heures et plus quant au travail.

2 cas d'accouchements avant terme.

5 cas dont la durée du travail fut exagérée; ce qui amena la mort de l'enfant.

2^o 30 cas avec manœuvres :

Parmi ceux-là :

11 cas avec application de forceps et 6 décès immédiats d'enfants.

14 cas avec application de bougie.

5 cas d'accouchements provoqués prématurément par des méthodes diverses.

Si on défalque les 19 cas où l'on pratiqua, en prévision d'une dystocie, un accouchement prématuré, il reste 24 cas où l'on fut obligé d'intervenir 11 fois. Il y eut 11 décès immédiats d'enfants, soit 48 %, chiffre élevé par rapport à celui observé dans nos 128 accouchements prématurés (11,6 %).

2^o Nous allons maintenant porter notre attention sur 2 observations d'accouchements prématurés chez d'anciennes césariées.

Ch..., trente-deux ans, VII^e pare.

Bassin oblique ovalaire de Nægelé.

1^{re} grossesse à terme : forceps à la Charité ; enfant vivant de 2.500 grammes, mort de broncho-pneumonie dans sa deuxième année.

2^e grossesse : enfant mort au cours de l'extraction au forceps.

3^e, 4^e et 5^e grossesses terminées par des accouchements prématurés de 5 et 6 mois.

6^e grossesse : en 1918, césarienne à terme à la Maternité de la Croix-Rousse. Enfant vivant de 2.700 grammes qui meurt le 3^e jour. Suites opératoires parfaites, apyrétiques.

7^e grossesse (1921) : rupture prématurée des membranes 7 mois 1/2 environ. Après 14 heures de contractions douloureuses, accouchement spontané d'un enfant vivant de 1.850 grammes ; au bout de 2 semaines l'enfant pèse 2.000 grammes à son départ du service.

Ma..., II^e pare.

Bassin aplati et généralement rétréci de 8 cm. 5 environ, le promonto-pubien minimum. En 1916, au terme de sa première grossesse, césarienne par le Dr Plauchu.

Enfant vivant de 3.300 grammes. Suites opératoires parfaites.

En 1921, 2^e grossesse. Accouchement probable vers le 9 mars.

Le 5 février, la tête est au détroit supérieur en O I D P amorcée. Hauteur utérine, 32 centimètres.

Etant donné la solidité apparente de la cicatrice abdominale, le volume suffisant du fœtus et la situation de la tête amorcée au détroit supérieur sans débordement sus-pubien, on place une bougie de Krause le 15 février vers 8 mois 1/4.

Accouchement spontané le 18 février à 8 heures d'un enfant vivant de 2.500 grammes.

Les suites de couches sont parfaites ; la malade part le 16^e jour, l'enfant pesant 2.700 grammes.

Ces deux observations s'ajoutent à l'observation présentée par M. le professeur Commandeur en 1920, aux 5 observations de la clinique du professeur Fabre, rapportées par M. Rhenter en 1921, à l'observation de M. Plauchu en 1922.

Ce sont des documents statistiques importants qui permettront peu à peu, par leur réunion, d'apprécier à sa juste valeur l'avenir obstétrical des utérus césarisés. Je souligne dans mes observations les remarques suivantes :

1^o Au point de vue opératoire, la suture de la paroi utérine dans les deux césariennes a été faite au catgut. Les suites opératoires ont été parfaites : pas de fièvre, pas la moindre infection. La cicatrice abdominale est parfaite.

2^o Une de ces malades avait accouché antérieurement par les voies naturelles ; chez cette parturiente, l'effort utérin pour dilater le col et le périnée sera moindre. Il y a là un élément à escompter dans le choix de la conduite à tenir.

3^o Mais surtout, la véritable indication clinique valable pour la détermination à prendre sera donnée par l'examen de la tête au détroit supérieur, par l'appréciation de son degré d'adaptation.

Il faut évidemment que le fœtus soit d'un volume suffisant, que par conséquent la grossesse ait atteint au moins la fin du huitième mois. Chez notre dernière malade enceinte de 8 mois $1\frac{1}{4}$ environ, c'est la constatation de la tête amorcée au détroit supérieur sans débordement sus-pubien qui fait décider l'accouchement prématuré provoqué.

Ces observations ajoutées à celles précédemment citées montrent que, dans le traitement des viciations pelviennes, la méthode employée à un premier accouchement n'engage pas forcément l'avenir ; en particulier, une opération chirurgicale imposée par

les circonstances, lors d'un premier accouchement, n'implique pas *à priori* une thérapeutique similaire : c'est le cas de malades vues trop tard pour qu'on puisse poser l'indication de l'accouchement provoqué et qui, prévenues, peuvent, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, profiter des avantages de cette méthode.

IV. — RÉSULTATS POUR LES ENFANTS

Sur les 128 observations d'accouchements prématurés provoqués que nous avons relevées, nous avons eu 129 naissances : une observation ayant trait à une grossesse gémellaire avec un enfant vivant et un enfant mort par insuffisance de poids.

Nous envisagerons : le poids à la naissance, la mortalité à la naissance et dans les premiers jours suivant la naissance. Nous étudierons la mortalité en la rapportant à la forme du bassin, à l'âge de la grossesse, à la présentation, à l'évolution de l'accouchement, au poids de l'enfant et enfin à la parité.

A la suite des 128 accouchements, nous avons pu relever :

2 naissances d'enfants pesant moins de 2.000 gr., l'un de ces enfants étant un jumeau.

2 naissances d'enfants d'un poids intermédiaire à 2.001 et 2.300 grammes.

23 enfants d'un poids intermédiaire à 2.301 et 2.600 grammes.

39 enfants d'un poids intermédiaire à 2.601 et 2.900 grammes.

35 enfants d'un poids intermédiaire à 2.901 et 3.200 grammes.

28 enfants pesaient à la naissance plus de 3.200 grammes.

Nous avons ainsi en ramenant à 100 :

Poids inférieur à 2.000 grammes, 1,5 %.

Poids compris entre 2.001 et 2.300 grammes, 1,5 %.

Poids compris entre 2.301 et 2.600 grammes, 18 %.

Poids compris entre 2.601 et 2.900 grammes, 30,4 %.

Poids compris entre 2.901 et 3.200 grammes, 27,3 %.

Poids supérieur à 3.200 grammes, 21 %.

La grosse majorité des enfants, plus de 90 %, exactement 97 % est d'un poids supérieur à 2.000 grammes. Ce poids étant une condition de viabilité pour le fœtus, et, parmi ces enfants, 79 % sont d'un poids supérieur à 2.500 grammes.

Malgré un volume réduit, appelé à souffrir dans la filière maternelle déformée, le fœtus meurt quelquefois, soit qu'il n'y ait pas eu d'intervention pour terminer l'accouchement, soit qu'il y ait eu une application de forceps, ou qu'on ait opéré une version par manœuvres internes. Nous envisagerons ces enfants qui n'ont pas survécu, en mort-nés et en morts pendant leur séjour à l'hôpital.

Il y a eu 16 décès, au cours des 128 accouchements. La mortalité infantile s'élève par conséquent à 12,4 %. 113 enfants ont donc quitté le service, vivants et bien portants. A noter que, parmi eux, un certain nombre sont nés étonnés, d'autres, la majo-

rité, sont nés avec un modelage plus ou moins accentué de la tête, sans grands délabrements d'ailleurs. 1 seul cas de plaie du cuir chevelu causé par la bougie.

Les enfants étonnés ont été ranimés avec succès par les manœuvres habituelles : bains chauds, frictions, mise en couveuse.

Deux enfants ont présenté quelques hésitations pour ce qui est de la reprise de poids, succédant à la perte après l'accouchement ; mais à la sortie de la Maternité, une amélioration était en voie de s'établir. Ainsi il résulte de nos renseignements qu'à la sortie de la Maternité 110 enfants pesaient, entre le dixième et le quatorzième jour, en général un poids supérieur ou égal ou très légèrement inférieur (5 % des cas) à celui de la naissance. 110 enfants, soit 85 %, sont partis en bonne santé. M. le Dr Plauchu, dans une communication sur la mortalité des prématurés (*Annales d'Obstétrique* de 1913), a montré que les prématurés, nés de bassins rétrécis, suivent deux semaines après leur naissance le même sort vital que les enfants à terme, à condition de ne pas avoir subi de lésions graves par traumatisme obstétrical.

Parmi les 16 décès nous relevons : 12 enfants mort-nés et 4 enfants morts après avoir respiré.

1 décès par lésion congénitale du cœur (absence de cloison interventriculaire).

1 décès par poids insuffisant, 1.700 grammes (cas d'un enfant jumeau).

5 décès *in utero* par procidence du cordon.

Parmi ceux-là : 1 enfant extrait par Braxton Hicks.

2 sortis spontanément.

1 extrait à l'aide du forceps.

1 décès par fracture du pariétal au cours d'un accouchement provoqué à l'aide du ballon.

1 décès par une basiotripsie sur enfant vivant, imposée par l'état général de la mère.

1 décès au cours d'une infection amniotique.

2 décès à la suite d'une application de forceps :

a) 1 application pour souffrance de l'enfant (brièveté du cordon) ;

b) 1 application pour procidence du cordon.

4 décès après la naissance :

1^o 2 enfants morts 8 heures après la naissance.

Le travail avait duré pour l'un 20 heures, 17 heures pour l'autre.

2^o 1 enfant mort 28 heures après la naissance, après un accouchement d'une durée de 3 jours.

3^o 1 enfant mort après 5 jours, l'accouchement avait eu une durée de 5 jours.

Si on élimine le premier cas, où la mort eut pour cause une lésion congénitale du cœur chez l'enfant, il reste 15 décès imputables à la méthode, soit une mortalité de 11,6 %.

A. — En étudiant la mortalité dans les diverses formes de bassins envisagées, nous relevons :

7 décès pour des bassins aplatis et généralement rétrécis, soit 15,8 %.

6 décès pour des bassins généralement rétrécis, soit 11,5 %.

- 1 décès dans un bassin cyphotique.
- 1 décès dans un bassin aplati, soit 15 %.
- 0 cas pour les autres viciations pelviennes.

B. — La mortalité, envisagée en se basant sur l'âge probable de la grossesse, au moment où l'intervention fut faite, est ainsi répartie :

- 1 décès à 7 mois $3/4$, soit 100 %.
- 2 décès à 8 mois, soit 20 %.
- 6 décès à 8 mois $1/4$, soit 20 %.
- 2 décès à 8 mois $1/2$, soit 5,9 %.
- 4 décès après 8 mois $1/2$, soit 7,5 %.

La proportion de mortalité remonte, on le constate, à 7,5 % avec 4 morts pour 53 enfants, pour accouchements provoqués après 8 mois $1/2$. Il s'agit d'interventions pratiquées trop tard sur des enfants trop gros, dont 1 sur 4 a été craniotomisé et 2 extraits par une application de forceps.

C. — La mortalité, d'après la présentation, nous donne :

- 5 décès d'enfants nés en O I G A.
- 6 décès d'enfants nés en O I D P.
- 1 décès d'enfant né en O S.
- 3 décès d'enfants nés en S I D P.

Dans notre statistique, nous n'avons pas relevé de présentation du front. Une présentation de la face eut une terminaison heureuse après un accouchement laborieux.

D. — D'après l'évolution de l'accouchement, nous relevons :

13 décès au cours d'accouchements spontanés, soit 8,1 %.

1 décès par basiotripsie.

2 décès à la suite d'une application de forceps, soit une mortalité infantile de 18 %.

Remarquons qu'une opération césarienne aboutit à la naissance d'un enfant vivant sorti en bon état du service.

E. — La mortalité, rapportée au poids de l'enfant, se répartit ainsi :

27 enfants pesaient à leur naissance moins de 2.600 grammes. Ils représentent 20,9 % du nombre total des enfants nés par accouchements provoqués et leur mortalité avec 5 décès atteignit 18,5 %.

74 enfants, soit 57,4 %, pesaient à leur naissance entre 2.600 grammes et 3.200 grammes ; leur mortalité avec 6 décès fut de 8,1 %.

28 enfants, soit 21,7 %, pesaient à leur naissance plus de 3.200 grammes ; leur mortalité avec 4 décès fut de 15 %.

Le pourcentage de mortalité beaucoup plus élevé que le précédent s'explique, comme celui des enfants « trop âgés », par les difficultés plus grandes rencontrées du fait du poids excessif d'enfants dont l'accouchement fut provoqué trop tard.

F. — Les résultats d'après la parité nous donnent une mortalité beaucoup plus élevée chez les multipares : 45 accouchements provoqués chez des multipares se terminèrent par 8 morts, soit 18 %. 7 enfants moururent sur 83 primipares, soit 8,5 %.

G. — Nous aurions voulu établir un pronostic éloigné de l'enfant, mais il n'a été possible de retrouver que 50 % environ des enfants nés à la suite d'accouchements prématurés provoqués. Des renseignements ont pu être recueillis pendant les consultations de nourrissons et aussi auprès des femmes qui sont revenues dans le service pour des grossesses successives. De bons renseignements ont été fournis sur ces enfants. De meilleurs résultats ont été constatés chez les enfants nourris par la mère. Cela n'est qu'une vérification des résultats observés chaque jour que rien ne vaut le lait de la mère pour la nourriture du jeune enfant.

50 % des enfants ont échappé à l'enquête, ce qui ne nous a pas permis, à propos des résultats éloignés des accouchements provoqués, de réunir des renseignements nombreux et précis pour compléter les statistiques de Bourret (Thèse de Lyon, 1908) et de Guibert (Thèse de Lyon, 1910) pour nous en tenir aux travaux lyonnais sur le même sujet. La clientèle de l'Hôpital étant peu sédentaire, les accouchées étrangères à Lyon ont laissé des adresses trop vagues pour qu'on ait pu les rejoindre ; d'autres enfin appartenaient à cette population flottante des grandes villes dont il est rapidement difficile de retrouver les traces.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, parmi les 118 femmes qui ont été soumises à la thérapeutique que constitue l'accouchement prématuré provoqué, 10 d'entre elles ont subi des opé-

rations itératives dans le service. Chez ces femmes ayant eu deux ou plusieurs accouchements prématurés provoqués, nous avons pu constater une amélioration du pronostic fœtal proportionnel à la parité. Voici rapprochées les observations succinctes des femmes ayant eu plusieurs accouchements prématurés et ayant subi dans le service des interventions itératives.

Malades ayant eu plusieurs accouchements prématurés provoqués :

A... B..., bassin généralement rétréci.

1^o 1920, accouchement prématuré provoqué, 8 mois, ballon, accouchement 12 heures, siège. — Enfant de 2.800 grammes, mort, latérocidence du cordon (*obs.* 3).

2^o 1924, accouchement prématuré provoqué, 8 mois, bougie, accouchement 26 heures, O I G A. — Enfant de 2.670 grammes, vivant (*obs.* 91).

J... P..., bassin aplati et généralement rétréci.

1^o 1923, accouchement prématuré provoqué, 8 mois, 2 bougies, 7 jours, O I G A. — Enfant de 2.400 grammes, mort *in utero*, procidence du cordon (*obs.* 56).

2^o 1924, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 3/4, bougie, 20 heures, O I D P. — Enfant de 2.900 grammes, mort, malformation cardiaque (*obs.* 98).

C... V..., bassin généralement rétréci.

1^o 1921, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/4, ballon, 30 heures, O I D P. — Enfant de 3.100 grammes, vivant (*obs.* 17).

2^o 1924, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/2, bougie, 39 heures, O I G A. — Enfant de 3.450 grammes, vivant (*obs.* 99).

D... B..., bassin aplati et généralement rétréci.

1^o 1922, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/2, bougie, forceps dans excavation, 80 heures, O I G T. — Enfant de 2.530 grammes, vivant (*obs.* 30).

2^o 1924, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/2, bougie, 24 heures, O I D P. — Enfant de 2.700 grammes, vivant (*obs.* 119).

D... B..., bassin aplati et généralement rétréci.

1^o 1920, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 3/4, bougie, 36 heures, O I D P. — Enfant de 2.700 grammes, vivant (*obs.* 8).

2^o 1924, 8 mois 1/4, bougie, 65 heures, O I D P. — Enfant de 3.250 grammes, vivant (*obs.* 76).

S... R..., bassin généralement rétréci.

1^o 1922, 8 mois 3/4, bougie, 48 heures, O I G A. — Enfant de 3.000 grammes, vivant (*obs.* 40).

2^o 1924, terme, bougie, 7 heures, O I G A. — Enfant de 2.880 grammes, vivant (*obs.* 89).

G... G..., bassin aplati et généralement rétréci.

1^o 1921, 8 mois 1/4, ballon, 48 heures, O I D P. — Enfant de 2.680 grammes, mort, procidence du cordon (*obs.* 18).

2^o 1923, 8 mois 1/2, bougie, 12 heures, O I G A. — Enfant de 2.980 grammes, vivant (*obs.* 58).

P... P..., bassin généralement rétréci.

1^o 1920, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/4, bougie, 72 heures, O I G A. — Enfant de 2.550 grammes, vivant (*obs.* 4).

2^o 1922, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 3/4, bougie, 24 heures, O I D P. — Enfant de 2.800 grammes, vivant (*obs.* 49).

C... C..., bassin généralement rétréci.

1^o 1920, accouchement prématuré provoqué, 8 mois,

bougie, 7 jours, forceps, O I D P. — Enfant de 3.050 gr., vivant (*obs.* 2).

2° 1922, accouchement prématuré provoqué, 8 mois 1/4, bougie, 58 heures, O I D P. — Enfant de 2.620 grammes, vivant (*obs.* 46).

G... G..., bassin aplati et généralement rétréci.

1° 1920, accouchement prématuré provoqué, 8 mois, 3 bougies, 4 jours, O I D A. — Enfant de 2.500 grammes, vivant (*obs.* 1).

2° 1922, accouchement prématuré provoqué, 8 mois, 2 bougies et 1 ballon, 5 heures, forceps, O I G A. — Enfant de 2.630 grammes, vivant (*obs.* 45).

On constate les résultats suivants :

1° L'accouchement prématuré provoqué peut être pratiqué à une période plus avancée de la grossesse.

2° Il en résulte que l'on a 1 enfant dont le poids est plus élevé, d'où une viabilité plus grande.

3° La durée de l'accouchement est très notablement diminuée dans certains cas.

OBSERVATIONS

Observations consultées dans le service de M. le Dr Gonnet, alors qu'il dirigeait la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, de 1920 à 1925. Pour chacune des parturientes, classées par années et chronologiquement dans chaque année, nous avons relevé : la parité, la forme du bassin, l'âge de la grossesse, le mode d'instrumentation employé, la terminaison de l'accouchement.

Pour l'enfant, nous avons noté : la présentation, le poids et l'état.

Année 1920

1. Mère, multipare, B A G R, 8 mois, 3 bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I D A, 2.500 gr., vivant.
2. Mère, primipare, B G R, 8 mois, 2 bougies, forceps au haut de l'excavation. — Enfant, O I D P, 3.050 gr., vivant.
3. Mère, multipare, B G R, 8 mois, ballon, accouchement spontané. — Enfant, S I D P, 3.250 grammes, mort (latérocidence).
4. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1\frac{1}{4}$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.550 gr., vivant.
5. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1\frac{1}{2}$, ballon, accouche-

- ment spontané. — Enfant, O I D P, 3.180 grammes, vivant.
6. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.200 grammes, vivant.
7. Mère, primipare, B G R, voisinage terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.700 gr., vivant.
8. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.700 grammes, vivant.
9. Mère, multipare, B A G R, 7 mois $3/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.750 grammes, mort 28 heures après naissance.
10. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.740 grammes, vivant.

Année 1921

11. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.400 grammes, vivant.
12. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.500 grammes, vivant.
13. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/2$, bougie, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.000 grammes, vivant.
14. Mère, multipare, B A G R, 8 mois, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.500 grammes, vivant.
15. Mère, multipare, B. de Nœgele, 7 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O S, 1.850 gr., vivant.
16. Mère, primipare, B. scoliotique, 8 mois $1/2$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.300 grammes, vivant.

17. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.100 grammes, vivant.
18. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.680 grammes, mort (procidence du cordon).
19. Mère, multipare, B. Cyphotique, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O S, 2.870 gr., mort le 5^e jour.
20. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/2$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.150 grammes, vivant.
21. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, abaissement prophylactique du pied, grande extraction. — Enfant, S I D P, 2.480 grammes, vivant.
22. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, Braxton Hicks. — Enfant, 3.150 grammes, mort *in utéro* avant accouchement, procidence du cordon, placenta prævia.
23. Mère, multipare, B A G R, 8 mois, ballon, accouchement spontané. — Enfant, S I D P, 2.500 grammes, vivant.
24. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, ballon, forceps dans l'excavation. — Enfant, O I G T, 3.050 grammes, vivant.
25. Mère, primipare, B T R, 8 mois $3/4$, ballon, rupture accidentelle des membranes, accouchement spontané. — Enfant, O I G P, 2.800 grammes, vivant.
26. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.770 grammes, vivant.

Année 1922

27. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané, infection à entérocoques. — Enfant, O I D P, 2.240 grammes, vivant.
28. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, ballon, forceps

- au détroit supérieur. — Enfant, O I D P, 3.200 gr., vivant.
29. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, ballon, forceps. — Enfant, O I G A, 3.300 grammes, mort (procidence du cordon).
30. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, forceps dans l'excavation. — Enfant, O I G T, 2.530 grammes, vivant.
31. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.960 grammes, vivant.
32. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.480 grammes, vivant.
33. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, ballon, grande extraction. — Enfant, S I D P, 2.860 grammes, vivant.
34. Mère, multipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, forceps, D. S., phlébite. — Enfant, O I G P, 3.090 grammes, vivant.
35. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, ballon, forceps dans excavation. — Enfant, O I G T, 2.750 grammes, vivant.
36. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.620 grammes, vivant.
37. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, ballon, forceps dans excavation. — Enfant, O I D P, 2.700 grammes, vivant.
38. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1/2$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.900 grammes, vivant.
39. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1/2$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.280 grammes, vivant.
40. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouche-

- ment spontané. — Enfant, O I G A, 3.000 grammes, vivant.
41. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.150 grammes, vivant.
42. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $3/4$, ballon, version interne. — Enfant, épaule, 3.050 grammes, vivant.
43. Mère, primipare, B G R, terme, ballon, grande extraction. — Enfant (gémellaire)* S I D, 1.700 grammes, mort ; S I G, 2.880 grammes, vivant.
44. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.030 grammes, vivant.
45. Mère, multipare, B G R, 8 mois, 2 bougies et ballon, forceps dans l'excavation. — Enfant, O I G A, 2.630 grammes, vivant.
46. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D T, 2.620 grammes, vivant.
47. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.700 grammes, vivant.
48. Mère, primipare, B A, 8 mois $1/4$, ballon, accouchement spontané, hémorragie de la délivrance. — Enfant, O I G A, 3.180 grammes, vivant.
49. Mère, multipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.800 grammes, vivant.
50. Mère, primipare, B A G R, 8 mois, ballon, césarienne secondaire, mort. — Enfant, 2.770 grammes, vivant.
51. Mère, primipare, B G R, 8 mois, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 2.570 grammes, vivant.
52. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 3.000 grammes, vivant.

53. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, forceps à la vulve. — Enfant, O I D P, 2.700 grammes, mort (brièveté du cordon).

Année 1923

54. Primipare, bassin rond, 8 mois $1/2$, accouchement spontané. — O I D P, 3.200 grammes, vivant.
55. Mère, multipare, grand bassin plat, 8 mois, ballon, accouchement spontané. — Enfant, S I G, 2.180 gr., vivant.
56. Mère, primipare, B A G R, 8 mois, bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.400 grammes, mort (procidence du cordon).
57. Mère, multipare, B G R, terme, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.850 grammes, vivant.
58. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.980 grammes, vivant.
59. Mère, multipare, B ?, terme dépassé, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.550 grammes, vivant.
60. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.600 grammes, vivant.
61. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, face, 3.500 grammes, vivant.
62. Mère, primipare, grossesse prolongée, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.900 grammes, vivant.
63. Mère, primipare, B T R, 8 mois $3/4$, 2 bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I D T, 3.050 grammes, vivant.
64. Mère, primipare, B A G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.100 grammes, vivant.
65. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, basio-

- tripsie, déchirure du Douglas. — Enfant, basiotripsie, O I D P, 2.520 grammes, mort.
66. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, 2 bougies, accouchement spontané, rétention des membranes, hémorragie de la délivrance. — Enfant, O I G T, 3.120 grammes, vivant.
67. Mère, primipare, B A, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.670 grammes, vivant.
68. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.580 grammes, vivant.
69. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.150 grammes, vivant.
70. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.520 grammes, vivant.
71. Mère, multipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.430 grammes, vivant.
72. Mère, primipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O S, 2.770 grammes, vivant.
73. Mère, primipare, B R asymétrique, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.030 grammes, vivant.
74. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.500 grammes, mort (infection amniotique).
75. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, 2 bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 2.350 gr. vivant.
76. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/2$, 2 bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.180 grammes, vivant.
77. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouche-

- ment spontané. — Enfant, O I G T, 3.500 grammes, vivant.
78. Mère, primipare, B G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 3.000 grammes, vivant.
79. Mère, primipare, B A G R, 8 mois 1/2, ballon, accouchement spontané. — Enfant, S I G A, 2.310 grammes, mort (fracture du pariétal).
80. Mère, primipare, B G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 2.570 grammes, vivant.
81. Mère, primipare, B rond, 8 mois 1/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.100 grammes, vivant.
82. Mère, primipare, B A G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.100 grammes, vivant.
83. Mère, multipare, B A G R et canaliculé, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.100 grammes, vivant.
84. Mère, primipare, B G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, 2.580 grammes, sommet, vivant.

Année 1924

85. Mère, multipare, B A G R, 8 mois 3/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.250 grammes, vivant.
86. Mère, primipare, B G R, 8 mois 3/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.770 grammes, vivant.
87. Mère, primipare, B T R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.270 grammes, vivant.
88. Mère, multipare, B G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.850 grammes, vivant.

89. Mère, multipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.880 grammes, vivant.
90. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.500 grammes, vivant.
91. Mère, multipare, B G R, 8 mois, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.670 grammes, vivant.
92. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.870 grammes, vivant.
93. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.050 grammes, vivant.
94. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.500 grammes, vivant.
95. Mère, multipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.170 grammes, vivant.
96. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané, morte. — Enfant, O I G T, 2.850 gr., vivant.
97. Mère, primipare, B G R, 8 mois, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.350 grammes, vivant.
98. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.900 grammes, mort (malformation cardiaque).
99. Mère, multipare, B G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.450 grammes, vivant.
100. Mère, multipare, B G R, 8 mois $3/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.900 grammes, vivant.
101. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accou-

- chement spontané. — Enfant, O I G A, 2.680 gr., mort 8 heures après la naissance.
102. Mère, multipare, B A G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.600 gr., vivant.
103. Mère, multipare, B T R, 8 mois 3/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.000 grammes, vivant.
104. M., primipare, B coxalgique, 8 mois 1/4, bougie, ballon, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.600 grammes, vivant.
105. Mère, multipare, B G R, 8 mois 1/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.700 grammes, mort 8 heures après la naissance.
106. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, sommet, 2.600 grammes, vivant.
107. Mère, primipare, B G R, 8 mois 1/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.740 grammes, vivant.
108. Mère, multipare, B A G R, terme dépassé, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.620 gr. vivant.
109. Mère, primipare, B A G R, 8 mois 1/2, 2 bougies, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 3.220 grammes, vivant.
110. Mère, primipare, B A G R, 8 mois, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.640 grammes, vivant.

Année 1925

111. Mère, primipare, B A, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.680 grammes, vivant.
112. Mère, primipare, B T R, 8 mois 1/2, bougie, accouche-

- ment spontané. — Enfant, O I D P, 2.820 grammes, vivant.
113. Mère, primipare, B G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.250 grammes, vivant.
114. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.150 grammes, vivant.
115. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.250 grammes, vivant.
116. Mère, multipare, B A G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 4.160 grammes, vivant.
117. Mère, primipare, B G R, 8 mois 3/4, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.650 grammes, vivant.
118. Mère, multipare, B A G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.550 gr., vivant.
119. Mère, multipare, B A G R, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 2.720 gr., vivant.
120. Mère, primipare, B A, 8 mois 1/2, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.100 grammes, vivant.
121. Mère, primipare, B coxalgique, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D A, 2.500 gr., vivant.
122. Mère, primipare, B G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 2.600 grammes, vivant.
123. Mère, multipare, B A G R, terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G A, 3.150 grammes, vivant.
124. Mère, primipare, B A G R, terme, 2 bougies, forceps D S. — Enfant, O I D P, 3.120 grammes, vivant.

125. Mère, multipare, B A G R, 8 mois $1/4$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, B A G R, 3.020 gr., vivant.
126. Mère, primipare, B G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I G T, 3.250 grammes, vivant.
127. Mère, primipare, B A G R, 8 mois $1/2$, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.200 gr., vivant.
128. Mère, multipare, B A, 15 jours après terme, bougie, accouchement spontané. — Enfant, O I D P, 3.860 grammes, mort (procidence du cordon).
-

CONCLUSIONS

De l'étude des accouchements prématurés provoqués dans le service de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, des années 1920 à 1925, et de l'examen des statistiques, on peut tirer les conclusions suivantes :

I. — Les accouchements prématurés provoqués dans les rétrécissements du bassin ont déterminé des accidents maternels immédiats ou éloignés se chiffrant par 1,6 % pour la mortalité, par 16 % pour la morbidité brutale, 4,5 % pour la morbidité réelle.

II. — Les accidents fœtaux immédiats ou éloignés sont plus nombreux : mortalité, 11,6 %.

La mortalité due à la prématuration est peu élevée, 3,8 %.

III. — L'accouchement prématuré n'est défendable que s'il est provoqué dans des conditions telles qu'un enfant d'un poids suffisant, pour s'élever normalement, puisse être accouché sans qu'une intervention soit *a priori* nécessaire.

Jamais d'accouchement prématuré avant 8 mois.

IV. — La date de l'intervention est fixée par la pelvimétrie interne donnant les dimensions du bassin, avec une évaluation suffisante, et, par l'appréciation de la disproportion entre la tête et le détroit supérieur

évaluée par la recherche du débordement céphalique sur la symphyse pubienne.

La notion d'un accouchement antérieur est souvent utile.

V. — L'accouchement est le plus souvent spontané. La lenteur du travail semble avantageuse, car elle permet la formation lente et progressive du segment inférieur et, partant, une bonne dilatation du col.

VI. — Une opération chirurgicale, imposée par les circonstances lors d'un premier accouchement, n'implique pas *a priori* une thérapeutique similaire et laisse la possibilité ultérieure d'un accouchement prématuré provoqué.

VII. — L'allaitement du prématuré doit être autant que possible exclusivement au sein de la mère.

VIII. — Donc, l'accouchement prématuré provoqué doit rester une thérapeutique qui doit être employée dans certains rétrécissements du bassin, puisqu'elle donne des résultats maternels et fœtaux suffisants et que, surtout, elle ne limite pas le nombre des grossesses.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 8 novembre 1926.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. GHEUSI

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	13
I. — Indications.	15
II. — Technique et marche de l'accouchement.	20
III. — Résultats pour les mères	30
IV. — Résultats pour les enfants	38
OBSERVATIONS.	48
CONCLUSIONS	61

